

## Patienteninformation – Jodhaltiges Kontrastmittel

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie zu einer Untersuchung überwiesen, bei der Kontrastmittel verabreicht werden muss.

Kontrastmittel machen Strukturen sichtbar, die auf normalen Röntgenbildern nicht zu erkennen sind. Sie werden eingesetzt, um die Durchblutung von Kopf und inneren Organen zu beurteilen und die Adern darzustellen.

Röntgenkontrastmittel werden in eine Armvene gespritzt. Bei einigen Untersuchungen wird das Kontrastmittel über eine elektrische Pumpe injiziert. Dabei kann vorübergehend ein Wärmegefühl und ein leichtes Unwohlsein auftreten, das nach kurzer Zeit von selbst verschwindet.

Röntgenkontrastmittel enthalten Jod. Manche Patienten sind hiergegen allergisch, so dass es in sehr seltenen Fällen zu Nebenwirkungen wie Kreislaufkollaps oder Atemschwierigkeiten kommen kann. Auch bei einer Schilddrüsenüberfunktion darf Jod nicht ohne vorherige Rücksprache gegeben werden.

Wir möchten das Untersuchungsrisiko für Sie so gering wie möglich halten. Deshalb verwenden wir modernste Kontrastmittel, bei denen allergische Reaktionen äußerst selten sind.

Während der Untersuchung sind wir in Ihrer unmittelbaren Nähe. Bitte teilen Sie uns alles mit, was Sie beunruhigt, insbesondere, wenn Sie folgende Symptome verspüren: Nies- oder Juckreiz, Quaddelbildung, Husten, Atemschwierigkeiten, Schwindel, Übelkeit.

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf Seite 2. Sie unterstützen uns damit, etwaigen Risiken vorbeugen zu können. Arzt oder Pflegepersonal helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen.

### **Nach der Untersuchung bitte beachten:**

Reichlich trinken (z. B. Tee, Saft oder Mineralwasser), Ihre Nieren können damit das Kontrastmittel schneller ausscheiden.

Bei Übelkeit, Hautausschlag, Atem- und anderen Beschwerden bitte Ihren Arzt/Ärztin verständigen.

Nach einer Darstellung der Beinvenen (Phlebographie) etwa 20 min gehen, um einer Thrombose vorzubeugen. Eventuell verordnete Kompressionsstrümpfe tragen.

## Fragebogen – Jodhaltiges Kontrastmittel

Ist das heute zu untersuchende Körperteil früher schon einmal untersucht worden?  ja  nein

In der Praxis .....

Besteht die Möglichkeit einer **Schwangerschaft**?  ja  nein  
(Für Patientinnen bitte in jedem Fall ausfüllen)

Datum ..... Unterschrift .....

Wird gerade ein Kind gestillt?  ja  nein

Sind Sie früher schon einmal mit Röntgenkontrastmittel untersucht worden?  ja  nein

Wenn ja, haben Sie nach der Gabe von Röntgenkontrastmitteln **Nebenwirkungen** verspürt?  ja  nein

Welche? .....

Sind bei Ihnen **Allergien** bekannt?  ja  nein

Gegen .....

Ist bei Ihnen eine **Überfunktion der Schilddrüse** bekannt?  ja  nein

Wenn ja, Behandlung mit .....

Sind bei Ihnen Erkrankungen der Nieren bekannt?  ja  nein

Welche? .....

Ist bei Ihnen eine Zuckererkrankung (Diabetes) bekannt?  ja  nein

Wenn ja, mit welchen Medikamenten wird behandelt? .....

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden, ein Merkblatt zum Mitnehmen kann ich auf Wunsch an der Anmeldung erhalten. Meine Fragen wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich bin mit der Untersuchung und einer eventuell notwendigen Kontrastmittelgabe einverstanden.

Name ..... Tel. ....

Datum ..... Unterschrift .....